

(Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, nos 8 et 9, août et septembre 1890.)

Liège, imp. H. VAILLANT-CARMANNE.

Observations anatomiques recueillies dans le service d'autopsies du professeur Firket.

Un cas de sarcome fuso-cellulaire de l'estomac,

PAR LE DOCTEUR E. MALVOZ.

ASSISTANT.

Les tumeurs d'origine conjonctive se développent rarement dans les tuniques de l'estomac, dont les néoplasmes les plus fréquents appartiennent au groupe des tumeurs épithéliales. Les traités classiques d'anatomie pathologique citent comme de véritables raretés les myomes et plus encore les sarcomes de cette partie du tube digestif, et encore ne s'agit-il, dans les cas décrits, que de néoplasmes fort peu développés. C'est à peine si, comme exemple de tumeur d'une certaine importance, on rapporte une observation de BRODOWSKI⁽¹⁾ de sarcome ulcéré de la région pylorique. D'ailleurs, la rareté de ces néoplasmes est encore attestée par ce fait que les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* ne font pas mention d'une seule tumeur de cette espèce, au moins dans les dix dernières années : on sait cependant que toutes les pièces intéressantes recueillies dans les vingt hôpitaux de Paris, sont présentées à la *Société anatomique*.

En présence de la rencontre exceptionnelle de ces néoplasmes, nous rapportons l'observation suivante, à titre de fait rare et intéressant. Il s'agit d'une tumeur volumineuse, d'origine purement conjonctive, développée au niveau de la petite courbure de l'estomac, chez une vieille femme de 78 ans. Cette personne avait succombé à la suite d'une pneumonie double; elle n'avait séjourné que deux jours à l'hôpital. Il n'est pas étonnant, en présence de l'affection pulmo-

⁽¹⁾ *Arch. Viroh.*, LXVII.

naire qui dominait la scène morbide et du court séjour à la clinique, que la lésion stomacale, qui d'ailleurs ne devait se manifester que par des symptômes peu accentués, ait passé inaperçue. Nous ne transcrivons pas ici le protocole d'autopsie, qui n'offre rien de bien particulier ; nous ne décrivons que l'altération du tube digestif.

En examinant l'estomac par sa face externe, on reconnaît l'existence d'adhérences assez fortes entre la région de la petite courbure de l'estomac, vers la partie moyenne de celle-ci, et la face inférieure du foie. Au sein de ces adhérences, on sent une masse dure, du volume du poing à peu près, nettement limitée, à cheval sur la petite courbure, et développée dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique ; celui-ci tapisse complètement le néoplasme. La tumeur arrive jusqu'à la face inférieure du lobe gauche du foie avec lequel elle se trouve en contact, sans se continuer avec le parenchyme hépatique. La surface du néoplasme est bosselée et les saillies sont de dimensions très inégales. Cette production dépend manifestement des tuniques stomacales avec lesquelles elle se continue par une large surface d'implantation. On ne trouve pas la moindre altération ni du foie, ni des ganglions de la région.

En examinant l'estomac par sa face interne, on distingue, au niveau de la petite courbure, en un point correspondant au centre de la tumeur qui vient d'être décrite, une légère dépression cratériforme, tout autour de laquelle existe une saillie circulaire formée par l'hypertrophie de la muqueuse. Cette ulcération est d'ailleurs la seule lésion de cette dernière qui, dans le restant de son étendue, ne présente rien à noter. Il n'existe pas d'autre altération en aucun point du tube digestif.

En incisant le néoplasme, on trouve qu'il est constitué par un tissu ferme, gris-rosé, ne présentant pas de suc au raclage, d'aspect manifestement fasciculé ; par places, on aperçoit des trainées de dégénérescence grasseuse, et on sent même de petits foyers calcifiés. Vers le centre de la masse existe une cavité anfractueuse, remplie de sang coagulé.

Des fragments de la tumeur ont été plongés pendant un quart d'heure dans la solution aqueuse concentrée de sublimé pour la fixation des éléments cellulaires, puis traités par l'alcool, colorés en

masse par le picro-carmin, inclus dans la paraffine par les procédés usuels, et enfin coupés au microtome.

L'examen microscopique des coupes a montré la présence d'éléments cellulaires tous semblables, sous forme de longues cellules fusiformes, à protoplasme clair non coloré par le picro-carmin, à grands noyaux ovoïdes plutôt qu'en bâtonnets; ces cellules étaient réunies entre elles pour former de véritables faisceaux, tantôt parallèles les uns aux autres, plus souvent entrecroisés dans toutes les directions. Entre certains groupes de faisceaux, on trouvait du tissu fibreux, *mais en très petite quantité*, sous forme de minces trainées. Partout, nombreux vaisseaux, la plupart creusés simplement entre les masses cellulaires, sans parois propres.

De ces caractères microscopiques, il fallait conclure que nous avions affaire à une tumeur, d'origine conjonctive évidente, intermédiaire par ses caractères entre le sarcome à cellules fusiformes et le myome proprement dit, se rapprochant plutôt du sarcome, en raison de la forme des noyaux, de l'aspect du protoplasme, de la rareté du tissu conjonctif, et de la richesse de la vascularisation.
